Aus dem Hamburgischen Tuberkulosekrankenhaus Edmundsthal-Siemerswalde in Geesthacht (Heilstätte für Lungenkranke)
(Leitender Arzt: Dr. med. Joh. Ritter)

Tuberkuloseheilanstalt und Sterblichkeit der Bevölkerung in der Umgebung an Tuberkulose.

Eine Untersuchung über die Tuberkulosesterblichkeit in der Stadt Geesthacht seit Bestehen des Hamburgischen Tuberkulosekrankenhauses Edmundsthal-Siemerswalde (Heilstätte für Lungenkranke).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Hansischen Universität
zu Hamburg

vorgelegt von
GERD UFLACKER
aus Wernigerode a. Harz.

Hamburg 1937.

Berichterstatter: Prof. Dr. Berg

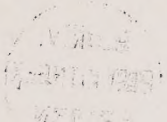
Dekan: Prof. Dr. Keeser

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg.

DRUCK VON RÜHLING & PAETZ, BUCHDRUCKEREI, BALLENSTEDT-HARZ, BISMARCKPL. 9

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern!



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548104_0057

Wenn in der vorliegenden Arbeit an Hand statistischer Ermittlungen die Frage behandelt werden soll, ob eine Lungenheilanstalt eine Gefahr für die Gesundheitsverhältnisse ihrer Umgebung bildet, so ist zunächst festzustellen, daß diese Frage an sich keineswegs neu ist. Im Gegenteil, man könnte sagen, sie ist so alt wie die Heilstättenbewegung selbst und wie der neuzeitliche zielbewußte Kampf gegen die Tuberkulose überhaupt. Sie mußte zwangsläufig zu jenem Zeitpunkt auftauchen, als man Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts mit der Errichtung von Lungenheilstätten begann, also von Anstalten, die bis zu mehreren Hundert Tuberkulosekranke beherbergen sollten. Denn wenn man von der Voraussetzung ausgeht, daß die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit ist und der tuberkulöse Mensch eine Infektionsquelle darstellt, so darf es nicht wundernehmen, daß man anfangs durch eine derartige Häufung Lungenkranker eine Gefahr für die gesunde Bevölkerung in der Nähe der Anstalt fürchtete. Hinzu kam, daß man schon aus praktischen und wirtschaftlichen Gründen eine Heilstätte möglichst in der Nähe einer etwas größeren Siedlung anlegte. So kam es, daß vielerorts die Gemeinden eine geradezu feindliche Haltung gegenüber den Heilstätten einnahmen. Andererseits mag sich wohl mancher Heilstättenarzt wiederholt die Frage vorgelegt haben, ob seine Anstalt nicht doch vielleicht eine gesundheitliche Gefährdung für die Umwohner bedeute. So entstanden gerade damals eine ganze Reihe von Arbeiten, die sich mit diesem Thema befaßten.

So konnte Brehmer im Jahre 1881 errechnen, daß in Görbersdorf in den Jahren 1780 bis 1854 (Eröffnungsjahr der Anstalt) auf 10,07 Todesfälle 0,41 an Tuberkulose Verstorbene kamen, in den Jahren 1854 bis 1880 dagegen nur 0,18. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte im Jahre 1895 Nahm in Falkenstein. In einer Arbeit („Sind Lungenheilanstalten eine Gefahr für die Umgebung?") konnte er nachweisen, daß in den Jahren vor Eröffnung der Anstalt (1856 bis 1876) 18,9 % der Bevölkerung von Falken-

stein an Tuberkulose verstarb, in den Jahren nachher (1877 bis 1894 aber nur 11,9 % (auf die Lebenden berechnet: vorher 4 ‰, nachher 2,4 ‰). Kurz danach (1898) wies Aebi (Davos) nach, daß in den Jahren 1847 bis 1896 die Tuberkulosesterblichkeit im Ort Davos keine Zunahme erfahren hatte; zu gleicher Zeit stellte Gwerder-Pedija (Davos) die Behauptung auf, daß Ortschaften, die eine Lungenheilstätte besitzen, für die Umgebung keine größere Ansteckungsgefahr bedingten als Orte ohne Heilstätte. Außerdem sollten die Heilstätten auf die Bevölkerung einen erzieherischen Einfluß ausüben. Daß statistische Ergebnisse, wie sie oben mitgeteilt wurden, nicht nur in Orten mit regelrechten Heilanstalten, sondern sogar in den sogenannten „offenen" Kurorten in fast gleicher Weise erreicht wurden, zeigt Werner (Lippspringe) im Jahre 1911: Seit dem Jahre 1841 war trotz Verdoppelung der Einwohnerzahl die absolute Tuberkulose-Sterblichkeit nicht nur nicht gestiegen, sondern sogar etwas gesunken, und zwar betrug sie 1841—1850 55,9 Todesfälle im Jahr, 1896—1909 hingegen nur 52,6 Todesfälle im Jahr. Auf 1000 Einwohner berechnet, ging demnach die Tuberkulosesterblichkeit von (durchschnittlich) 9,8 im Jahrzehnt 1830—1840 auf (durchschnittlich) 3,5 im Jahrviert 1906—1909, also auf beinahe ein Drittel, herunter. Mit einer Arbeit („Bilden Volksheilstätten eine Gefahr für ihre Umgebung?") beschäftigt sich R. Schaefer mit der vorliegenden Frage. Nach einigen grundsätzlichen Erörterungen bringt er folgende für die Heilstätte Planegg berechnete Daten: In den 12 Jahren vor Eröffnung der Anstalt betrug die Tuberkulosesterblichkeit in der Bevölkerung 16,72 %, in den 12 Jahren nachher dagegen nur 13,7 %, das bedeutet also eine Abnahme von drei Prozent. — Im gleichen Jahre weist auch I. Sorgo (Alland) daraufhin, daß — obwohl die Zahl der tuberkulösen Kurgäste in den Heilstätten zugenommen hat — die Mortalität an Tuberkulose in den umliegenden Ortschaften abgenommen hat; ferner betrachtet er es als einen großen hygienischen Fortschritt, daß die Einwohner durch das Beispiel der Lungenkranken auch selbst zu größerer Sauberkeit und Reinlichkeit erzogen werden. Erst 1921 wieder erscheint in der „Deutschen Bäderzeitung" ein Aufsatz von Siebelt (Bad Flinsberg): „Gefährdet die Zunahme der Tuberkulose die Bäder und sind Maßnahmen zur Abwehr zu ergreifen?" Nach eingehender Besprechung der Uebertragungsmöglichkeit zitiert er als Zusammenfassung seiner Arbeit Ritter (Geesthacht): „Eine Uebertragungsgefahr ist in einer gut eingerichteten und ebenso geleiteten Anstalt sehr gering. Eine Gefährdung der Umgebung durch die Anstalt findet nicht statt." Zu erwähnen wäre in der gleichen Zeitschrift eine Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren

des Dr. med. Schulz (Schreiberhau) gegen die Gemeinde Schreiberhau; nach Ansicht des Bezirksausschusses bildet die Aufnahme von Leichtlungenkranken in ein geschlossenes, unter der Leitung eines Facharztes stehendes Sanatorium keine Ansteckungsgefahr für die übrigen Ortsbewohner. — Sehr eingehend setzt sich Helm („Gefährden Tuberkuloseheilstätten die Gesundheitsverhältnisse ihrer Umgebung?" 1925) mit der Frage auseinander. Nach Besprechung der diesbezüglichen Daten der verschiedensten Heilstätten (s. o.) kommt auch er zu dem Schluß: „Man kann daher mit Fug und Recht behaupten, daß Tuberkuloseheilstätten für die Umgebung keine gesundheitliche Schädigung mit sich bringen", und in seinem 1927 in Kolberg gehaltenen Vortrag („Tuberkulosefürsorge in Kurorten und Sommerfrischen") drückt er es ähnlich aus: „Die in der Anstalt befindlichen Tuberkulösen gefährden ihre Umgebung überhaupt nicht, und es ist völlig unberechtigt, wenn jedesmal bei der Neuanlage von Heilstätten und dergl. Befürchtungen ausgesprochen werden, die Anstalt bringe eine Ansteckungsgefahr für die Umgebung mit sich."

Eine kurze Zusammenfassung der genannten Veröffentlichungen ergibt also folgendes Bild: Sämtliche Autoren stimmen darin überein, daß eine Heilstätte in keiner Weise dem Gesundheitszustand der ortsansässigen Bevölkerung ihrer Umgebung abträglich ist. Im Gegenteil, in den meisten Arbeiten wird betont, daß trotz einer stattgefundenen Bevölkerungszunahme die Tuberkulosesterblichkeit nicht nur nicht gestiegen, sondern sogar gesunken ist; das heißt also: Es liegt kein Grund vor, anzunehmen, die Lungenheilstätten hätten den allgemeinen Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit aufgehalten. Außerdem wird in einigen Arbeiten auf die hygienisch-erzieherische Bedeutung der Heilstätten hingewiesen.

Auffallend ist jedoch, daß sämtlichen Arbeiten statistische Ergebnisse zugrunde liegen, die um die Jahrhundertwende, jedenfalls aber noch vor dem Weltkrieg gewonnen wurden. Die letzte Veröffentlichung, die unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse eingehende Untersuchungen anstellt, datiert vom Jahre 1912 (Schaefer, Planegg). Die späteren Arbeiten stützen sich im wesentlichen auf zeitlich mehr oder weniger weit zurückliegende statistische Erhebungen oder bringen nur Allgemeines. Warum damals — vor 3 bis 4 Jahrzehnten — gerade das Thema „Heilstätte und Ansteckungsgefahr" so viel bearbeitet worden ist, wurde eingangs bereits erwähnt: Es galt, zur Förderung des Heilstättengedankens viele Vorurteile — vor allem aber den Widerstand der Gemeinden — zu überwinden. Heute, da die Heilstätte und das Tuberkulosekrankenhaus aus der Tuberkulosebekämpfung nicht mehr fortzudenken sind, dürften diese einstmals erhobenen Vorwürfe gegenstandslos geworden sein.

Es könnte daher vielleicht als ein müßiges Beginnen angesehen werden, nochmals die Frage aufzuwerfen, ob Tuberkuloseheilanstalten irgendeinen nachteiligen Einfluß auf die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung ihrer Umgebung ausüben können. Indessen scheint es doch nicht ganz ohne Interesse zu sein, die Frage heute noch einmal zu überprüfen, denn zwischen der letzten diesbezüglichen Arbeit und heute liegt der Weltkrieg und die Nachkriegszeit mit ihren wechselvollen Schwankungen der Tuberkulosestatistiken. Ferner brachte es der Kampf gegen die Tuberkulose mit sich, daß im Laufe der Jahre immer mehr Heilstätten in Tuberkulosekrankenhäuser umgewandelt wurden, in Anstalten, die mit ihren zahlreichen Offentuberkulösen eine viel größere Gefahr für die Umgebung darstellen können als früher die Heilstätten mit ihren größtenteils „leichten" und bazillenfreien Fällen. So sind denn auch in jüngster Zeit Stimmen laut geworden, die eine derartige Gefahr für gegeben hielten; seitens der Behörden sind Bedenken dieser Art allerdings nicht bekannt. Immerhin dürfte die Frage eine gewisse Berechtigung haben, ob eine gesundheitliche Gefährdung der ortsansässigen Bevölkerung besteht.

Die Heilstätte Edmundsthal-Siemerswalde in Geesthacht (jetzt: Hamburgisches Tuberkulosekrankenhaus) ist für die Behandlung der vorliegenden Frage insofern besonders geeignet, als die Anstalt seit ihrer Gründung im Jahre 1899 bis heute stets nach den gleichen Grundsätzen geleitet wurde, da sie sich während der ganzen Zeit in der Hand ein und desselben leitenden Arztes befunden hat. Im Jahre 1899 als „Hamburgische Heilstätte" gegründet, wurde die Anstalt 1929 in ein Tuberkulosekrankenhaus umgewandelt. Hierzu ist jedoch zu bemerken, daß schon seit den Kriegsjahren bedeutend mehr schwerere Fälle — vor allem aber mehr Offentuberkulöse — aufgenommen wurden als in den früheren Jahren, sodaß die später erfolgte Namensänderung nur eine nachträgliche amtliche Besiegelung des tatsächlichen Zustandes war. So ist die Anstalt Edmundsthal-Siemerswalde für die Besprechung der Möglichkeit, ob und wodurch eine Tuberkuloseheilanstalt ihre Umgebung gesundheitlich gefährden kann, sehr geeignet.

Den einzigen Weg, die zur Erörterung stehende Frage möglichst klar und eindeutig zu beantworten, bietet u. E. die Statistik. Verf. ist sich indessen bewußt, daß auch die beste Statistik keine absolute Sicherheit gewährt, daß auch hier Fehlerquellen möglich sind; auf diese wird später eingegangen werden.

Es wurde zwecks Aufstellung einer Statistik folgendes ermittelt:

1. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose im Ort Geesthacht in den Jahren 1896 bis 1935 (ohne die im Hamburgischen

Tuberkulosekrankenhaus Verstorbenen). Dabei ist zu bemerken, daß die Sterbeziffern für die Jahre 1924 und 1925 aus verwaltungstechnischen Gründen nicht ermittelt werden konnten.

2. Die Zahl der Sterbefälle in der Stadt Geesthacht überhaupt in den Jahren 1895—1935 (mit Ausnahme der in der Anstalt Verstorbenen).
3. Die Zahl der in den Jahren 1899—1935 in der Anstalt verpflegten Offentuberkulösen.
4. Die Zahl der Todesfälle in der Anstalt selbst.
5. Die Einwohnerzahlen der Stadt Geesthacht in den Jahren 1895—1933 (ohne die Insassen des Hamburgischen Tuberkulosenkrankenhauses).
6. Die Sterbeziffer an Tuberkulose im Deutschen Reich in den Jahren 1875—1935, berechnet auf 10000 Lebende.

Die zahlenmäßigen Unterlagen zu 2) und 5) wurden durch das Statistische Landesamt Hamburg bereitwilligst mitgeteilt, diejenigen zu 1) wurden aus den Todesbescheinigungen der Stadt Geesthacht ermittelt, deren Durchsicht das Hamburgische Gesundheitsamt bezw. Staatsarchiv in entgegenkommender Weise gestattet hatte. Die Zahlen zu 3) und 4) ergaben sich aus den Akten des Hamburgischen Tuberkulosekrankenhauses.

Eine tabellenmäßige Zusammenstellung aller so erhaltenen Werte ergibt folgende Aufstellung: (siehe Anlage 1, Tabelle)

Betrachtet man zunächst den Zeitraum von 1896 bis 1899, d. h. bis zum Eröffnungsjahr der Anstalt, so fällt für das Jahr 1896 die außerordentlich hohe Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose für den Ort Geesthacht auf. Auf rund 3500 Einwohner kommen 16 Sterbefälle an Tuberkulose, das ist beinahe ein Drittel sämtlicher Todesfälle überhaupt. Die Umrechnung auf 10000 Lebende ergibt, daß Geesthacht mit 45,4 Sterbefällen weit über dem damaligen Reichsdurchschnitt (22,1) steht. Woher diese hohe Ziffer kommt, ist nicht klar ersichtlich; es dürfte sich um ein zufälliges Ergebnis handeln, denn in den folgenden Jahren sinkt die Sterbeziffer erheblich ab, um stellenweise sogar unter dem Reichsdurchschnitt zu bleiben. In den folgenden fünf Jahren zeigt Geesthacht gegenüber dem Reich hinsichtlich der Tuberkulosesterblichkeitsziffer keine wesentlichen Unterschiede, während die Zahl der in der inzwischen eröffneten Heilstätte verpflegten Offentuberkulösen mehr als das Dreifache erreicht. Daß die Sterbeziffer mitunter recht starke Schwankungen aufweist (z. B. in den Jahren 1901 und 1902), ist leicht einzusehen, wenn man bedenkt, daß Geesthacht ein verhältnismäßig kleiner Ort

ist und demzufolge als absolute Ziffer der Tuberkulosesterblickkeit eine niedrige Zahl aufweist. Durch eine durch Zufall bedingte Häufung der Todesfälle, z. B. um die Jahreswende, kann es dann kommen, daß die Sterbeziffer für das eine Jahr sehr hoch und für das folgende Jahr sehr niedrig erscheint, oder umgekehrt. — In dem folgenden etwa 12 Jahre umfassenden Zeitraum bis zum Ende des Krieges sinkt die Tuberkulosesterblichkeitsziffer für Geesthacht bedeutend ab, um sich von jetzt an dauernd unter dem Reichsdurchschnitt zu halten. Nach einer starken Schwankung (1905—1907) ergibt sich vom Jahre 1908 an ein stetiges Sinken unter kaum nennenswerten Schwankungen; im Jahre 1917 ist die bisher niedrigste Ziffer erreicht (auf 10000 Lebende umgerechnet: 3,0 gegenüber 20,6 im übrigen Reich). Während des gleichen Zeitraums steigt die Zahl der Offentuberkulösen in der Anstalt langsam an, während die Zahl der Todesfälle in der Anstalt selbst das Sechsfache erreicht — ein Hinweis darauf, daß jetzt die Schwere der Erkrankungsfälle unter den Anstaltspatienten zunimmt. Es folgen nun die Jahre der Nachkriegszeit. Bereits das Jahr 1919 weist eine starke Veränderung auf: Die Einwohnerzahl von Geesthacht, die gegen Kriegsende auf 6609 angewachsen war, sinkt infolge Darniederliegens der Industrie auf 4880 ab; gleichzeitig steigt die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose erheblich an, und zwar analog der Ziffer für das übrige Reich. Auffallend jedoch ist, daß die Tuberlosesterblichkeit in Geesthacht im Gegensatz zum Reichsdurchschnitt in den Inflationsjahren ungewöhnlich niedrig ist; im Jahre 1922 z. B. beträgt sie weniger als ein Siebentel der allgemeinen Sterblichkeit, um bis zum Jahre 1926 – wieder im Gegensatz zum Reichsdurchschnitt – anzusteigen. Allerdings muß hier nochmals wiederholt werden, daß die Werte der Jahre 1924 und 1925 für Geesthacht nicht ermittelt werden konnten, da die betreffenden Todesbescheinigungen nach Mitteilung des Hamburgischen Staatsarchivs noch nicht bearbeitet waren und zur Einsichtnahme nicht vorgelegt werden konnten; es dürfte für das Gesamtbild der Statistik aber ohne große Bedeutung sein. Für die Errechnung des in der letzten Spalte angeführten Fünfjahresmittels wurden die in diesem Zeitraum höchsten Werte angenommen (4,1 auf 10000 Lebende). Nach diesem Höhepunkt im Jahre 1926 erfolgt wieder eine Abnahme, bis für 1929 und 1930 mit der sehr niedrigen (auf 10000 Lebende berechneten) Sterblichkeitsziffer von 1,9 der geringste Wert erreicht ist, der sich bisher ergeben hat; für das übrige Reich beträgt die Ziffer 8,7 bezw. 7,9. Allerdings tritt nun wieder eine Zunahme ein, mit einem erneuten Höhepunkt im Jahre 1933, dem jedoch ein rascher Abfall folgt. Bei Betrachtung der vierten und fünften Spalte (Anzahl der Offentuberkulösen in der

Anstalt sowie die Zahl der Todesfälle daselbst) fällt eine allmählich beginnende, dann rasch ansteigende Zunahme auf; diese hat ihren Grund darin, daß die Heilstätte Edmundsthal-Siemerswalde sich immer mehr zu einem Tuberkulosekrankenhaus entwickelt, zu dem die Anstalt im Jahre 1929 auch amtlicherseits erklärt wurde.

Zu der Tabelle ist noch zu bemerken, daß die Zahl der Offentuberkulösen und der Sterbefälle auf der Kinderabteilung (einschl. der Abteilung für Jugendliche) in die Statistik nicht mit aufgenommen ist, da es sich stets nur um ganz vereinzelte Fälle gehandelt hat. Auch erscheint es ausgeschlossen, daß diese Abteilungen den Ort Geesthacht in irgendeiner Weise hätte gefährden können, da es den kranken Kindern selbstverständlich weder erlaubt war, allein in die Stadt zu gehen, noch für sie die Möglichkeit bestand, Wirtschaften aufzusuchen. Zwar wurden gelegentlich Ausnahmen gemacht, aber immer nur bei den leichten und geschlossenen Fällen. — Auch auf die Zählung der Sterbefälle in der Anstalt selbst hätte man vielleicht verzichten können, da die Schwerkranken und Sterbenden als Infektionsquelle für die Umgebung so wie so nicht in Frage kommen, weil sie dauernd bettlägerig und daher nicht in der Lage sind, die Anstalt überhaupt zu verlassen. Trotzdem wurden diese Fälle statistisch erfaßt, um die Zunahme der Schwere der Erkrankungsfälle in der Anstalt darzulegen.

Das Wichtigste für die in dieser Arbeit zu behandelnde Frage ist jedoch einmal die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose in der Stadt Geesthacht in ihrem Verhältnis zu der entsprechenden Ziffer für das übrige Reich sowie zu der Anzahl der in der Anstalt behandelten Offentuberkulösen, die möglicherweise eine Ansteckungsgefahr für die Umgebung bilden könnten. Um diese Verhältnisse noch einmal klar und anschaulich darzustellen, wurde folgende Kurve angelegt: (siehe Anlage 2, Kurve).

Dieser graphischen Darstellung liegen die für obige Tabelle errechneten Werte zugrunde, und zwar wurde auch hier die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose für den Ort Geesthacht für jedes Jahr auf 10000 Lebende umgerechnet — nach den gleichen Grundsätzen wie für die Errechnung der Reichsziffer.

Im allgemeinen läßt sich daraus feststellen, daß die Sterblichkeitskurve für Geesthacht der Sterblichkeitskurve für das Reich folgt. Die mitunter beträchtlichen Jahresschwankungen der Tuberkulosesterblichkeit in Geesthacht dürften keine besondere Bedeutung haben; der Grund zu dieser Erscheinung wurde bereits angegeben. Jedoch ist es sehr auffällig, daß vom Jahre 1906 an die Sterblichkeit in Geesthacht — mit ganz geringen Ausnahmen — weit unter der Durchschnittsziffer für das Deutsche Reich zu stehen kommt, selbst

für die Kriegs- und Nachkriegszeit, die allerorten einen Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit mit sich brachte. Auch in den Inflationsjahren, die für den Reichsdurchschnitt einen erneuten Höhepunkt der Tuberkulosemortalität darstellten, ist die entsprechende Ziffer für Geesthacht sehr niedrig. Allerdings steigt bis zum Jahre 1926 hier die Kurve geringgradig an, während die Sterblichkeit im Reich sinkt. Die Gründe zu finden, die zu diesem Anstieg der Sterblichkeit an Tuberkulose in Geesthacht geführt haben, — ebenso den Grund für den erneuten Anstieg im Jahre 1933 — ist keine leichte Aufgabe. Wir glauben es jedoch ablehnen zu müssen, daß die ständig ansteigende Zahl der in der Anstalt behandelten Offentuberkulösen eine Ursache für das Anwachsen der Tuberkulosesterblichkeit in Geesthacht bildet. Denn abgesehen davon, daß die beiden erwähnten Gipfelpunkte offenbar Ausnahmewerte darstellen und es kaum angebracht ist, bei so geringen Schwankungen überhaupt von einem „Anwachsen" der Sterblichkeit zu sprechen, glauben wir vielmehr nach Lage der Dinge den Grund in folgendem zu sehen: Man kann mit einiger Gewißheit sagen, daß es wirtschaftliche und soziale Faktoren waren, die dies vorübergehende Ansteigen der Sterblichkeitsziffer verursachten. Es muß allerdings zugegeben werden, daß diese Behauptung nicht völlig eindeutig bewiesen werden kann, denn die Gründe, die auf die Sterblichkeit in einer Ortschaft Einfluß haben, sind sehr mannigfaltig und durchaus nicht immer leicht zu erkennen. Sicher aber ist, daß gerade für die Tuberkulosesterblichkeit wirtschaftliche und soziale Einflüsse von größter Bedeutung sind. Man hat wohl nicht zu Unrecht die Behauptung ausgesprochen, die gesamte Tuberkulosefrage sei mehr oder weniger eine soziale und finanzielle Frage. Wir wissen, daß jede Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage die Erkrankungs- und Sterbeziffer der Tuberkulose in die Höhe treibt; so sieht man auch an der Sterblichkeitskurve für das Deutsche Reich, welche große Bedeutung der Weltkrieg für die Tuberkulose hatte. In diesem Zusammenhange sei erwähnt, daß z. B. im Jahre 1918 die auf 10000 Lebende berechnete Tuberkulosesterblichkeitsziffer im Durchschnitt 23,0 betrug; für Gemeinden von über 15000 Einwohnern betrug für das gleiche Jahr die Ziffer 30,0, und zwar deshalb, weil gerade die mittleren und größeren Städte unter den mangelhaften Ernährungsverhältnissen besonders zu leiden hatten. Es ist daher ferner auch nicht erstaunlich, daß man im Jahre 1923 einen zweiten Gipfelpunkt der Tuberkulosesterblichkeit antrifft, d. h. zur Zeit des Höhepunktes der Inflation. Für Geesthacht liegen die Dinge so, daß ursprünglich die Bevölkerung von der Landwirtschaft, von Schiffahrt und von Fischerei lebte. In den 70er Jahren wurde zuerst die Dynamitfabrik Krümmel,

später die Pulverfabrik Düneberg gegründet, in denen die Geesthachter Bevölkerung in steigendem Maße Beschäftigung fand. Während des Krieges wurden diese industriellen Anlagen in ungewöhnlicher Weise vergrößert; auch andere industrielle Anlagen entstanden, so daß man am Schluß des Krieges Geesthacht als einen kleinen Industrieort bezeichnen mußte. Daß nach dem Kriege bei dem plötzlichen Aufhören der Kriegsindustrie ungewöhnlich große Notstände auftraten, bedarf keiner besonderen Erwähnung; Geesthacht hat zeitweise die höchste Verhältniszahl an Erwerbslosen im Deutschen Reich gehabt. Daß sich diese wirtschaftliche Not wiederum in den Krisenjahren um 1932 gesundheitlich ungünstig auswirken mußte, ist selbstverständlich. So ist es sehr wahrscheinlich, daß die geringe Erhöhung der Sterblichkeitsziffer auf diese schwierigen Verhältnisse zurückgeführt werden muß.

Trotzdem wäre aber auch noch ein anderer Grund denkbar, und zwar folgender. Die besonders günstigen klimatischen Verhältnisse, deren die Stadt Geesthacht sich erfreut, sind geeignet, manchen Tuberkulosekranken — wahrscheinlich vor allem Kranke aus dem in geringer Entfernung gelegenen Hamburg — zu bewegen, seinen Wohnsitz nach Geesthacht zu verlegen. Daß — hauptsächlich in letzter Zeit — solche Fälle vorgekommen sind, und zwar wiederholt, ist sicher. Es ist auch leicht verständlich, da eben diese günstigen klimatischen Verhältnisse die Gründe waren, hier eine Heilstätte für Lungenkranke zu begründen. Man wird zugeben müssen, daß dieser Zuzug von Lungenkranken aus der Umgebung tatsächlich eine gewisse Gefahr für den Ort bildet.

Umgekehrt ist es selbstverständlich auch möglich, daß Schwerlungenkranke aus der Stadt Geesthacht nicht hier ad exitum kamen, sondern auswärts, und deshalb von der aufgestellten Statistik nicht miterfaßt werden konnten. Wenn überhaupt solche Fälle jemals vorgekommen sind, so dürfte es sich nur um eine sehr geringe Anzahl handeln; dem Verf. ist ein solcher Fall nicht bekannt, und auch der ärztliche Leiter des für Geesthacht zuständigen Hamburgischen Staatskrankenhauses in Bergedorf ist der Meinung, daß Tuberkulose s t e r b e fälle aus der Stadt Geesthacht im Krankenhaus kaum jemals vorgekommen sind. (Das genannte Krankenhaus besteht seit 1912). Die letzte Möglichkeit wäre die, daß Tuberkulosefälle aus Geesthacht in H a m b u r g i s c h e Krankenhäuser verlegt worden sind. Es besteht jedoch kein Grund anzunehmen, daß dies jemals der Fall gewesen ist, da bis vor kurzem die sozialen Versicherungen usw. grundsätzlich für die Geesthachter Bevölkerung die Kosten nur im Staatskrankenhaus Bergedorf übernahmen. Auf jeden Fall aber kann man sagen, daß die Zahl der möglicherweise

auswärts verstorbenen Lungenkranken aus Geesthacht sich mit der Zahl der nach Geesthacht zugezogenen Tuberkulösen deckt; nach der oben geschilderten Lage der Verhältnisse liegt die Vermutung sehr nahe, daß die Zahl der Zugezogenen sogar etwas größer ist.

Es wurde bereits erwähnt, daß Verf. der Ansicht ist, daß das Hamburgische Tuberkulosekrankenhaus für die Bewegungen der Tuberlosesterblichkeit in Geesthacht ohne ursächlichen Einfluß ist oder gewesen ist. Um diese Behauptung zu stützen, ist es notwenig, einmal näher auf die Frage einzugehen, ob und unter welchen Umständen eine Tuberkuloseheilanstalt in der Lage ist, ihre Umgebung zu gefährden.

Wir wissen, daß die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit ist. Wir wissen ferner aber auch, daß es sich zugleich um eine chronische Erkrankung handelt, bei der es im Laufe der Zeit in dem mit Tuberkulose angesteckten Körper zu immunisatorischen Vorgängen kommt, die für das Ansteckungsgeschehen von großer Bedeutung sind. Denn diese Abwehrvorgänge bewirken, daß im Verlauf der Erkrankung der Tuberkulöse gegen eine neuerliche Infektion geschützt ist. Da aber die Mehrzahl aller Menschen schon in ihrer Jugend eine erstmalige tuberkulöse Infektion durchgemacht hat, sind sie gegen eine neue Ansteckung relativ immun. Zum Glück erkranken von den mit Tuberkulose angesteckten Menschen im Erwachsenenalter nur verhältnismäßig wenige. Man kann daher von einem „gesunden“ und einem „kranken“ Tuberkulösen sprechen, wie es eine weitverbreitete Schrift mit Recht tut. Diese kurzen Bemerkungen mögen genügen, anzudeuten, daß die Art der Ansteckung bei der Tuberkulose eine andere sein muß als bei irgendeiner anderen Infektionskrankheit (vielleicht mit Ausnahme der Lues, die ja auch eine chronische Infektionskrankheit ist und bei der die Verhältnisse daher ähnlich liegen). Es sei aber ferner noch darauf hingewiesen, daß es noch unentschieden ist, ob die Lungentuberkulose des Erwachsenen die Folge einer erneuten Infektion (Reinfektion) ist oder ob sie sich nur endogen-metastatisch aus alten — vor Jahren, meist in der Kindheit erworbenen und bis dahin ruhenden — Krankheitsherden entwickelt.

Praktisch wichtig jedoch ist es für die Erörterung unserer Frage festzustellen, daß der Tuberkulöse — vor allem der offentuberkulöse Mensch — als Ansteckungsquelle zu betrachten ist. Das ist eine Tatsache, die auch in nichtärztlichen Kreisen bekannt ist. Es ist daher kein Wunder, wenn durch eine so große Anzahl Offentuberkulöser, wie sie in den Tuberkuloseheilanstalten statthat, eine gesundheitliche Gefährdung der Umgebung der Anstalt befürchtet

wird. Wir müssen uns daher die Frage vorlegen, ob diese Bedenken gerechtfertigt sind oder nicht.

Die Erfahrung lehrt, daß Ansteckungen mit Tuberkulose von Mensch zu Mensch vorwiegend und in erster Linie in gesundheitlich und sozial ungünstigen Wohnungen erfolgen und auch hier vor allem bei immer wiederholten „massigen" Ansteckungen. Besonders sind hier Kinder und Jugendliche gefährdet.

Ansteckend für die Umgebung sind natürlich nur Offentuberkulöse, vor allem jene Offentuberkulösen, bei denen nach der Art ihrer Erkrankung ärztlicherseits keine Bedenken bestehen, sie außerhalb der vorgeschriebenen Liegezeiten in- und außerhalb der Anstalt spazierengehen zu lassen. Solche Spaziergänge — auch längere — sind wichtig und nötig, um dem Kranken Gelegenheit zu geben, durch eine leichte körperliche Arbeit in der frischen Luft seinen Organismus zu kräftigen und ihn für die Anforderungen des späteren Berufslebens widerstandsfähig zu machen. Auch aus psychischen Gründen sind solche Spaziergänge angezeigt. Der Kranke soll nicht den Eindruck haben, durch die oft recht lange Dauer des Anstaltsaufenthalts von seiner Mitwelt ausgeschlossen zu sein. Daß dabei die Kranken auch in die Stadt kommen, um etwas für ihren persönlichen Bedarf einzukaufen oder um ihre Angehörigen während der Besuchszeit von der Bahn abzuholen und dann mit ihnen — oder auch einmal allein — eine Gastwirtschaft zu besuchen, dürfte sich kaum vermeiden lassen. Daß dabei die Kranken jemanden gefährden können, ist sehr unwahrscheinlich. In einer gut geleiteten Anstalt sind die Kranken durch eine eingehende Belehrung in gesundheitlicher Hinsicht zu der Einsicht zu bringen, daß sie ansteckungsfähig sind und daß nur durch eine gründliche persönliche Hygiene und durch strengste Beachtung der nötigen Sorgfaltspflichten die Gefahr der Ansteckung ihrer Mitmenschen vermieden werden kann. Besonders müssen die Patienten darauf hingewiesen werden, ihren Auswurf sorgfältig zu behandeln; Taschenspuckflaschen sind überall mitzuführen. Sollte tatsächlich einmal der Auswurf verbotenerweise ins Freie entleert werden, so ist draußen, z. B. im Wald, die Gefahr nicht groß, da die Tuberkelbazillen unter dem Einfluß des Lichts — vor allem durch die unmittelbare Einwirkung der Sonnenstrahlen — bekanntermaßen rasch zugrunde gehen. In den Ortschaften werden sich die Kranken aus begreiflichen Gründen schon von sich aus hüten, durch die Auswurfentleerung als „lungenkrank" aufzufallen. Gewiß gibt es unter den Anstaltspatienten auch hin und wieder asoziale oder antisoziale Elemente, denen es nicht darauf ankommt, ihre Mitmenschen zu gefährden, oder die es sogar beabsichtigen. Wenn auch durch eindringlichste, wiederholte Vor-

stellungen solche Kranke nicht zur Einsicht zu bringen sind, bleibt oft nichts weiter übrig, als sie aus der Anstalt zu entfernen. Wir sind heute in unserem Staat auf dem Wege, derartige gewissenlose Kranke durch gesetzlichen Zwang in besonders dafür eingerichteten Anstalten unterzubringen. Jedoch dürfte es sich hier immer nur um ganz vereinzelte Ausnahmen handeln. Die Mehrzahl der Offentuberkulösen, die Ausgangserlaubnis besitzen, ist vernünftig und einsichtsvoll genug, so daß von den Kranken eine Gefahr der Ansteckung der Anstaltsumgebung nicht zu befürchten ist.

Es ist nun notwendig, die Frage zu untersuchen, inwieweit die oben erwähnten Forderungen und Voraussetzungen für das Hamburgische Tuberkulosekrankenhaus zutreffen.

Die genannte Anstalt liegt im Gebiet der Stadt Geesthacht und ist von dieser etwa 1½ Kilometer entfernt. Sie wurde im Jahre 1899 als „Hamburgische Heilstätte Edmundsthal-Siemerswalde" gegründet und — wie bereits erwähnt — im Jahre 1929 in „Hamburgisches Tuberkulosekrankenhaus Edmundsthal - Siemerswalde, Heilstätte für Lungenkranke" umbenannt, da die ständige Zunahme der Schwere der in der Anstalt behandelten Erkrankungsfälle den bisherigen Namen nicht mehr rechtfertigte. Die Anstalt verfügt heute über 331 Betten und beherbergt Lungentuberkulöse aller Krankheitsstadien. Von diesen 331 Betten sind etwa 80 Betten — also rund 25 % — sogenannte „Bewahrungsfälle"; diese Fälle, auch „Asylierungsfälle" genannt, sind alle diejenigen, bei denen es vom ärztlichen und sozialen Standpunkt aus geboten ist, sie dauernd von ihren Familien abzusondern. — Für das Thema der vorliegenden Arbeit jedoch ist in der Hauptsache die Anzahl der in der Anstalt behandelten Offentuberkulösen von Belang; es waren, wie sich aus der angeführten Tabelle ergab, im vergangenen Jahre (1935) 592 Patienten. Von diesen sind es wieder nur die „leichteren", d. h. weniger schweren Fälle mit Ausgangserlaubnis, die möglicherweise eine Gefahr für die Umgebung der Anstalt bilden könnten. Denn die Schwerkranken und Sterbenden bilden sowieso keine Gefahr, wie sich aus verständlichen, bereits angeführten Gründen ergibt. Die Kranken der (inzwischen aufgelösten) Kinderabteilung konnten ebenfalls keine Ansteckungsmöglichkeit darbieten, einmal, weil „offene" Fälle auf dieser Abteilung kaum jemals behandelt wurden und weil diese Kranken überhaupt nicht in den Ort kamen.

Sämtliches Pflegepersonal ist über die Ansteckungsgefahr und ihre Grenzen belehrt. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß in den 37 Jahren des Bestehens der Anstalt bei 100—130 Angestellten nur zwei Fälle von Tuberkuloseerkrankungen vorgekommen

sind, bei denen es auch noch fraglich blieb, ob es sich um Anstaltsinfektionen handelte.

Da für alle Kranken — soweit sie nicht zu Bett liegen — die Liegekur in den Liegehallen den weitaus größten Raum innerhalb der Tageseinteilung einnimmt, bleibt für diejenigen Kranken, denen ohne jegliche Bedenken eine Ausgangserlaubnis erteilt werden kann, nur sehr wenig Zeit dafür übrig (abgesehen von Sonntagen, an denen die Liegezeit eingeschränkt ist). Diese verhältnismäßig kurze Zeit, die den Kranken zum Ausgehen zur Verfügung steht, verwenden sie nun entweder darauf, Spaziergänge in die Umgebung zu machen, oder darauf, im Ort Einkäufe zu machen oder auch einmal in einer Wirtschaft einzukehren. Daß Lungenkranke, die im Wald spazierengehen, eine Ansteckungsgefahr bedeuten, ist nicht anzunehmen, auch dann nicht, wenn im Nichtbefolgungsfall des Spuckverbotes der Auswurf ins Freie entleert wird, wie bereits gezeigt wurde. In der Stadt selbst sind die Kranken, wie die Beobachtung zeigt, hinsichtlich Hustens und Auswurfentleerung meist sehr zurückhaltend, da sie naturgemäß durchaus keinen Wert darauf legen, sofort als Insassen einer Tuberkuloseheilanstalt erkannt zu werden. Sollte wirklich einmal ein Kranker seinen Auswurf auf die Straße spucken, so wird er auch da sicher nicht viel Schaden anrichten. Es müßte schon ein sehr unglücklicher Zufall sein, wenn etwa ein auf der Straße spielendes Kind mit dem Auswurf in Berührung käme. Verf. ist jedoch der Ansicht, daß diese Art der Ansteckung z. B. in großen Städten zum mindesten ebenso leicht erfolgen kann. Ferner dürfte es abzulehnen sein, daß es eine Ansteckungsgefahr bedeutet, wenn ein Lungenkranker einen Laden betritt. Natürlich darf nicht übersehen werden, daß durch das Betasten von Nahrungsmitteln eine Gefahr entstehen kann, besonders, wenn kleinere Kinder später mit diesen Waren in Berührung kommen. Jedoch ist hierauf zu erwidern, daß das Betasten von Nahrungsmitteln allerorten ganz allgemein polizeilich verboten ist und daß auch die Verkäufer von sich aus auf die Innehaltung dieser Vorschrift achten müssen. Somit dürfte daß Betreten von Läden ohne gesundheitliche Bedeutung sein. Wenn nun — was nicht allzu selten vorkommt — die Anstaltspatienten eine Gastwirtschaft aufsuchen, so ist auch hier für uns kein Grund einzusehen, weshalb dadurch zu irgendwelchen Befürchtungen Anlaß bestehen sollte. Die am meisten gefährdeten Kinder werden wohl kaum je in Wirtschaften mitgenommen, kommen auf jeden Fall dort nicht mit Tuberkulösen in Berührung. Der Aufenthalt in den Wirtschaften ist auch nur vorübergehend; eine engere Berührung der Menschen untereinander, wie das in Wohnungen der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Gerade in Wirtschaften unter den Augen der Gäste und des Wirtes werden sich die Kranken gewiß nicht unhygienisch benehmen. Wenn auch die Anstaltsleitung es aus mancherlei Gründen zu verhindern versucht, daß die Kranken in ihrer Freizeit in den Wirtschaften sitzen, so wäre ein strenges Verbot doch zwecklos; einmal, weil es doch nicht eingehalten würde, ferner, weil die Anstaltsleitung kein Mittel besitzt, im Uebertretungsfalle gegen den Betreffenden entsprechend vorzugehen. Eine strafweise Entlassung aus der Anstalt würde nicht nur den Kranken selbst, sondern auch gegebenenfalls seine Familie sowie die Allgemeinheit auf das schwerste schädigen. Nebenbei sei auch bemerkt, daß die Anstalt selbst vor Jahren versucht hat, auf ihrem Gebiet eine kleine — selbstverständlich alkoholfreie — Kaffee-Wirtschaft für die Patienten und deren zu Besuch anwesenden Angehörigen einzurichten. Diese Absicht scheiterte an dem Widerspruch der damaligen Stadtverwaltung, die ihren Einwohnern diese Einnahmen nicht entgehen lassen wollte. Bei alledem ist es wichtig festzustellen, daß die Kranken wohl in den Ort kommen, Wege und Straßen benutzen, einkaufen oder auch eine Wirtschaft aufsuchen, daß sie aber kaum jemals in die Wohnungen kommen; der eigentliche Ort der Ansteckung – die Wohnung — ist somit ausgeschaltet. Eben aus dieser Tatsache heraus, daß die Patienten des Tuberkulosekrankenhauses mit der eigentlichen Geesthachter Bevölkerung kaum je oder nur ganz oberflächlich in Berührung kommen, ist die Ansteckungsgefahr auf das denkbar geringste Maß herabgesetzt; d. h. sie kann nicht größer sein als in solchen Ortschaften, die keine Lungenheilanstalt besitzen. Daß diese Behauptung nicht etwa eine rein theoretische Erwägung ist, haben wir an Hand der angeführten Tabelle und an der Sterblichkeitskurve gesehen. Es ging daraus hervor, daß trotz der ständigen Zunahme der Offentuberkulösen in der Anstalt die Tuberkulosesterblichkeit in Geesthacht völlig normale Werte enthielt, die z. T. sogar weit unter dem Durchschnitt für das Deutsche Reich lagen. Wir ziehen daraus den Schluß, daß das Hamburgische Tuberkulosekrankenhaus Edmundsthal-Siemerswalde für die Tuberkulosesterblichkeit in der Stadt Geesthacht keine nachteilige Bedeutung hat und daß eine gesundheitliche Gefährdung der ortsansässigen Bevölkerung somit ausgeschlossen ist.

Der Abfall der Tuberkulose-Sterblichkeit in Geesthacht ist andererseits natürlich auch nicht etwa eine Folge des Bestehens der Anstalt. Diese hat aber auch in keiner Weise den Abfall der Tuberkulose-Sterblichkeit verhindert oder verringert, wie er im ganzen Reich, ja, in fast allen zivilisierten Staaten beobachtet worden ist.

ZUSAMMENFASSUNG.

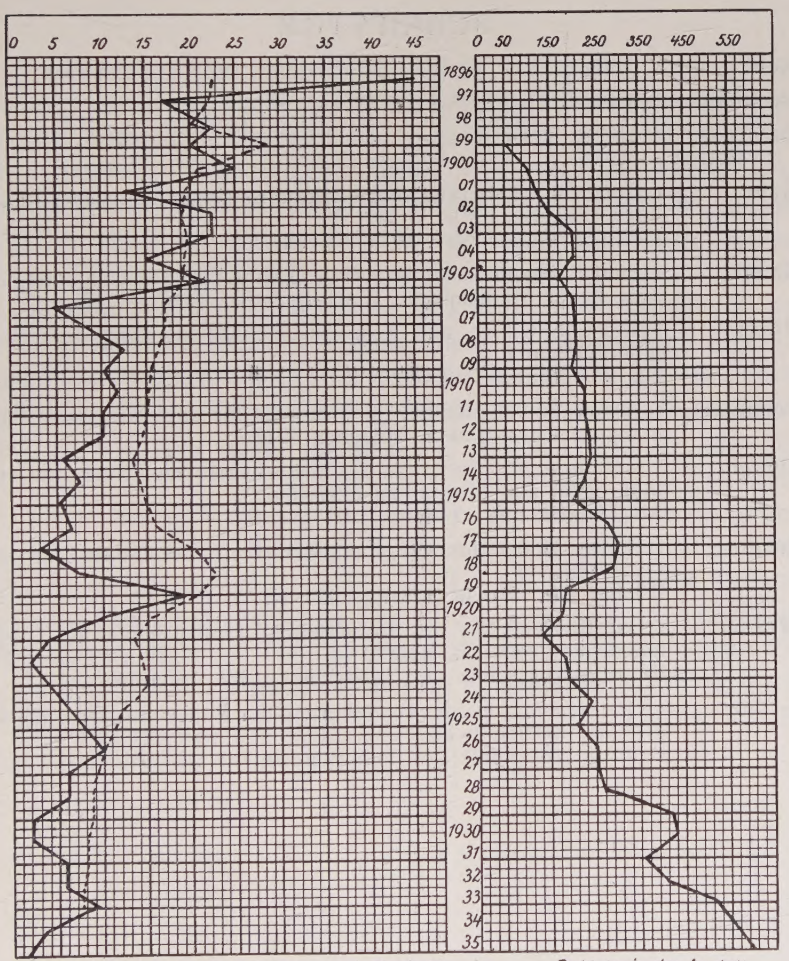
Es wurde die Frage untersucht, ob eine Tuberkuloseheilanstalt in der Lage ist, die Bevölkerung ihrer Umgebung in gesundheitlicher Hinsicht zu gefährden. Es wurde versucht, diese Frage an dem Beispiel des Hamburgischen Tuberkulosekrankenhauses Edmundsthal-Siemerswalde und der Stadt Geesthacht zu lösen. Zu diesem Zweck wurden eine Tabelle und eine Kurve angelegt, die als wesentliche Bestandteile Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich und in Geesthacht sowie über die Anzahl der in der Anstalt behandelten Kranken mit offener Lungentuberkulose enthalten. Nach Besprechung einiger möglicher Fehlerquellen und einer eingehenden Erörterung der Ansteckungsmöglichkeit unter den gegebenen Verhältnissen kommt Verf. zu dem Schluß, daß zum mindesten für das angeführte Beispiel des Hamburgischen Tuberkulosekrankenhauses und der Stadt Geesthacht eine gesundheitliche Gefährdung in obigem Sinne nicht besteht.

Zum Schluß möchte Verf. noch allen denen danken, die ihm bei der Vorbereitung und Durchführung der Arbeit behilflich waren. Vor allem gebührt an dieser Stelle ein besonderer Dank Herrn Dr. med. J. Ritter (Leitender Arzt des Hamburgischen Tuberkulosekrankenhauses in Geesthacht) für seine sehr wertvollen Ratschläge und Auskünfte, sowie Herrn Professor Dr. med. H. H. Berg in Hamburg für die liebenswürdige Uebernahme des Referats; ferner dankt Verf. der Hamburgischen Behörde für Gesundheits- und Fürsorgewesen, dem Hamburgischen Staatsarchiv und dem Statistischen Landesamt in Hamburg für ihre bereitwillige Unterstützung bei der Beschaffung des statistischen Materials.

Jahr	Einwohnerzahl im Ort Geesthacht	Zahl der Todesfälle in Geesthacht überhaupt	Zahl der Todesfälle an Tuberkulose in Geesthacht	Zahl der in der Anstalt verpflegten Offentuberkulösen	Zahl der Todesfälle in der Anstalt	Zahl der Todesfälle an Tuberkulose in Geesthacht umgerechnet auf 10000 Lebende	Zahl der Todesfälle an Tuberkulose im Deutsch. Reich auf 10000 Lebende	Verhältnis der letzten beiden Werte berechnet auf je 5 Jahre (Mittelwerte)
1896	3526	54	16	—	—	45,4	22,1	
1897	—	59	6	—	—	17,0	21,8	22,78 Reich
1898	—	61	8	—	—	22,7	20,1	26,02 Geesthacht
1899	—	77	7	54	—	20,0	28,8	
1900	3996	56	10	98	2	25,0	21,1	
1901	—	57	5	113	1	12,5	19,5	
1902	—	52	9	152	3	22,5	19,0	19,28 Reich
1903	—	74	9	201	3	22,5	19,6	18,88 Geesthacht
1904	—	73	6	205	1	15,0	19,2	
1905	4629	83	10	169	2	21,6	19,1	
1906	4584	55	2	203	5	4,4	17,3	
1907	4622	67	4	206	8	8,7	17,1	16,32 Reich
1908	4669	71	6	210	8	12,8	16,4	9,68 Geesthacht
1909	4778	63	5	198	8	10,5	15,5	
1910	4994	72	6	228	16	12,0	15,3	
1911	4916	64	5	228	11	10,0	15,1	
1912	4986	63	5	234	19	10,0	14,6	14,36 Reich
1913	5111	50	3	240	21	5,9	13,6	7,78 Geesthacht
1914	5175	59	4	226	24	7,7	13,7	
1915	5706	45	3	199	28	5,3	14,8	
1916	6395	61	4	282	22	6,3	16,2	
1917	6609	80	2	306	28	3,0	20,6	19,26 Reich
1918	—	65	5	284	31	7,6	23,0	9,14 Geesthacht
1919	4880	59	9	183	17	18,5	21,1	
1920	4848	43	5	173	13	10,3	15,4	
1921	—	55	2	127	7	4,1	13,6	
1922	4997	58	1	178	11	2,0	14,2	13,12 Reich
1923	5008	37	2	188	25	4,0	15,1	3,6 Geesthacht
1924	4959	38	?	240	20	?	12,0	
1925	4943	43	?	212	7	?	10,7	
1926	5069	46	5	252	16	10,0	9,8	
1927	5117	38	3	256	20	5,9	9,3	8,9 Reich
1928	5168	49	3	269	30	5,8	8,8	5,1 Geesthacht
1929	5247	56	1	421	71	1,9	8,7	
1930	—	46	1	423	80	1,9	7,9	
1931	—	32	3	358	67	5,7	7,9	
1932	—	42	3	463	84	5,7	7,5	7,6 Reich
1933	5306	38	5	516	87	9,4	7,5	5,3 Geesthacht
1934	—	46	2	552	115	3,8	—	
1935	—	58	1	592	118	1,9	—	

Darstellung

der Tuberkulose-Sterblichkeit im Deutschen Reich und in Geesthacht sowie der Anzahl der Offentuberkulösen in der Anstalt Edmundsthal-Siemerswalde. (1890—1935).



SCHRIFTTUM

Aebi s. Helm.

Brehmer s. Helm.

Gwerder-Pedija s. Helm.

Helm („Gefährden Tuberkuloseheilstätten die Gesundheitsverhältnisse ihrer Umgebung?"), Dtsch. Krankenkasse, 1925, Nr. 53.

Nahm („Sind Lungenheilanstalten eine Gefahr für ihre Umgebung?"), Münchener Medizinische Wochenschrift, 1895, Nr. 40.

Ritter („Über freiwillige und zwangsweise Absonderung der Offentuberkulösen"), Die Tuberkulose, 1936, Nr. 2.

Schaefer („Bilden Volksheilstätten eine Gefahr für ihre Umgebung?"), Inaugural-Dissertation, München 1912.

Siebelt („Gefährdet die Zunahme der Tuberkulose die Bäder und sind Maßregeln zur Abwehr zu ergreifen?"), Allg. Dtsch. Bäderzeitung, 1921, Nr. 6.

Sorgo („Bilden Heilstätten für Lungenkranke eine Gefahr für ihre Umgebung?") Wiener klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 5.

Werner („Die Sterblichkeit der Bevölkerung Lippspringes an Tuberkulose von 1801 bis 1909"), Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 19, 1911.

— ders. („Die Sterblichkeit der Bevölkerung der Bauernschaften Schlangen und Kohlstädt an Tuberkulose von 1801 bis 1908"), Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 24, 1912.

LEBENSLAUF

Ich, Gerd Otto Heinrich Uflacker, wurde am 30. Juni 1910 als Sohn des Regierungsbaumeisters und Eisenbahndirektors Gustav Uflacker und seiner Ehefrau Clara, geb. Rojahn, in Wernigerode am Harz geboren. Nach der Vorschulzeit in Wernigerode, Veckerhagen (Hessen), Blankenburg (Harz) und Dessau (Anhalt) besuchte ich von 1921 bis 1930 das humanistische Friedrichsgymnasium zu Dessau, wo ich Ostern 1930 das Zeugnis der Reife erhielt. Danach studierte ich Medizin in Freiburg, Rostock und Leipzig; hier bestand ich am 1. März 1933 die ärztliche Vorprüfung. Mein klinisches Studium begann ich zunächst in Leipzig bei den Herren Professoren Hueck, Morawitz, Payr, Sellheim und Spiethoff. Im Herbst 1934 siedelte ich nach Hamburg über, wo ich mein Studium fortsetzte und zum Abschluß brachte. Ich besuchte hier Vorlesungen und Uebungen bei den Herren Professoren Behr, H. H. Berg, Degkwitz, Fahr, Heynemann, Keeser, Konjetzny, R. O. Neumann, Schottmüller, Sudeck u. a. Am 24. März 1936 bestand ich die ärztliche Prüfung vor dem Prüfungsausschuß zu Hamburg. Anschließend war ich als Medizinalpraktikant im Hamburgischen Tuberkulosekrankenhaus Edmundsthal-Siemerswalde (Heilstätte für Lungenkranke) in Geesthacht beschäftigt, dessen leitendem Arzt, Herrn Dr. med. J. Ritter, ich die Anregung zu der vorliegenden Arbeit verdanke.